Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
	Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 27 grudnia 1884. № 52. Rok XXIII.

Przegląd Lekarski, organ Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego, rozpoczyna w dniu 1 Stycznia 1885 **rok dwudziesty czwarty** swego istnienia i wychodzić będzie w tym samym co teraz formacie w objętości 1½ arkusza na tydzień, jak **najregularniéj**.

Wszystkie prace umieszczane w Przeglądzie Lekarskim, tak oryginalne jakoteż nieoryginalne, są płatnemi.

Prenumerata Przeglądu Lekarskiego z przesyłką pocztową bezpośrednią wynosi:

	w Austryi	w Królestwie Polskiém i Cesarstwie rosyjskiém	w Cesarstwie niemieckiém
rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 marek
półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „
kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „

we Francyi i Belgii

rocznie 24 franki, półrocznie 12 franków, kwartalnie 6 fran

W innych krajach według przepisów pocztowych.

Prenumeratę przyjmują: w Krakowie Administracyja, nadto w Warszawie pp. Gebethner i Wolff, w Paryżu, p. Adam, Rue Clément 4. — Ogłoszenia przyjmują: Administracyja, oraz w Paryżu p. Adam, Rue Clement 4 i p. Dobrowolski Faub. St. Martin 57.

Zwracamy zarazem przy téj sposobności uwagę szanownych Członków korespondentów Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, iż według obowiązującego statutu winni Przegląd Lekarski abonować bezpośrednio w Administracyi.

I. Z oddziału chirurgicznego szpitala powszechnego we Lwowie.

Rzadszy przypadek nowotworu w okolicy stawu biodrowego lewego.

Opisał Dr. Roman Barącz
były lekarz tegoż oddziału.

W czerwcu b. r. obserwowałem na oddziale chirurgicznym szpitala powszechnego we Lwowie przypadek nowotworu w okolicy stawu biodrowego lewego i krętarza wielkiego, który przy dokładniejszém badaniu okazał się jako *Hygroma proliferum fibromatosum*, a który ze względu na punkt swego wyjścia i usadowienie zasługuje na bliższe opisanie.

Serka Ebertówna l. 18 licząca sługa niezamężna ze Sambora spostrzegła przed dwoma laty ból w okolicy stawu biodrowego lewego. Wkrótce potém powyżéj krętarza wielkiego lewego miał powstać guz wielkości orzecha włoskiego, który powoli ale ciągle wzrastał, aż doszedł do obecnych rozmiarów. Chora doznaje przytém od czasu do czasu strzykania w guzie i częstego bólu, które zniewalają ją do udania się na oddział chirurgiczny szpitala powszechnego we Lwowie, gdzie d. 21 maja b. r. przyjętą została.

Badanie wykazuje u dziewczyny wzrostu średniego dobrze odżywionéj ponad liniją Nélatona po stronie lewéj nad krętarzem wielkim między tym ostatnim a przednią częścią grzebienia kości biodrowéj guz mający gładką powierzchnię, kulisty, wielkości kuli bilardowéj. Guz sam jest mało ruchomy, ciastowato miękki, w głębi jego zaś wykazać można niezupełnie wyraźne chełbotanie. Skóra nad nim jest blada, przesuwalna, połyskująca i z łatwością w fałd ująć się daje. Guz ten nie jest przy omacywaniu bolesnym. Obrzęku gruczołów chłonnych w pachwinie i t. p. wykazać nie można.

Przy rozpoznaniu skłaniano się do przypuszczenia obecności tłuszczaka z powodu ciastowatości guza przy omacywaniu, braku bolesności, z powodu następnie, że skóra nie była zajętą, z powodu wreszcie powolnego wzrostu, wieku choréj itp. Gdy jednak wykazano niewyraźne chełbotanie w głębi, skłaniano się do rozpoznania torbiela zastoinowego (*Atheroma*). Wykluczyć zaś musiano nowotwory złośliwe z powodu stosunkowo długiego i powolnego wzrostu guza, braku zajęcia gruczołów chłonnych w sąsiedztwie guza, braku bólu znaczniejszego, kacheksyi nowotworowéj i t. p.

Nie widząc innego sposobu uwolnienia choréj od guza przystąpiono 25 maja do usunięcia go za pomocą operacyi, którą wykonał Dr. Dyhdalewicz.

Najpierw zrobiono punkcyję próbną, przyczém z głębi

guza wypłynęło parę kropel cieczy przeźroczystéj, do surowicy podobnéj. Następnie zachloroformowano chorą i poprowadzono cięcie pionowe wzdłuż całéj długości guza. Już w tkance podskórnéj natrafiono na żółtawo-białe twarde utkanie guza, wykazujące w głębi zawsze jeszcze niewyraźne chełbotanie. Starano się guz z otoczenia wyłuszczyć tępo za pomocą elewatoryjum i zakrzywionych nożyczek, Podczas tego zabiegu ściana guza w miejscu, w którém była wyjątkowo cienką, pękła i wypłynęło z głębi parę gramów płynu podobnego do tego, jaki przy nakłuciu próbném z jamy guza wydobyto. Po zupełném wyłuszczeniu nowotworu założono sączek, następnie szew węzełkowy; założono na to opatrunek jodoformowy. Gojenie rany postępowało przez ropienie a chora opuściła szpital 17 czerwca z przetoką w dolnéj części rany do 5 cm. w głąb drążącą.

Guz wycięty przedstawiał torbę, która posiadała ściany twarde żółtawo-biało zabarwione grubości bardzo rozmaitéj, gdyż miejscami tylko $^1/_2$ cm., w innych zaś miejscach aż do 5 cm. wynosiła. Zewnętrzna powierzchnia guza była chropowatą, po części z powodu zrostów z częściami sąsiedniemi, po części zaś z powodu oddzielania guza tępemi narzędziami i pozostania strzępów utkania przy częściach okolicznych. Wewnętrzna powierzchnia guza natomiast jest zupełnie gładką, podobną do błony surowiczéj lub do cienkiéj skóry; miejscami zaś pokrytą jest drobnemi strzępami, które dają się łatwo zeskrobać zawieszone a w płynie wyżéj opisanym jamę wypełniają guza. Miejscami zauważyć można nadto wypustki drobne i nawet większe wyrastające ze ściany wewnętrznéj torby a mające długość do 0·10 cm. Wejrzenie guza tego było więc tego rodzaju, że podejrzywano obecnie torbiel skórny; ażeby się jednak w tym względzie upewnić, zbadałem guz ten dokładnie drobnowidowo w pracowni patologiczno-anatomicznéj szpitala powszechnego z łaskawą pomocą prof. Feigla.

Badanie to wszakże wykazało, że ściany torby złożone są nawskróś z utkania łącznego włóknistego, którego pęczki krzyżują się w najrozmaitszych kierunkach i które zaopatrzone jest w mierną tylko ilość naczyń krwionośnych. Wewnętrzna ściana zaś nie okazuje ani śladu budowy skóry a przedstawia tylko bardzo zbite utkanie łączne podobne jak w błonach surowiczych, tu i owdzie pokryte jakby resztkami przybłonków płaskich, z którego odchodzą miejscami dość gęsto, w innych miejscach skąpo owe wypustki, w których budowa jest również zupełnie włóknistą. Badanie drobnowidowe strzępków zawieszonych w płynie i pokrywających miejscami ściany jamy guza wykazało, że strzępy te pochodzą od skrzepłego białka, częścią tłuszczowo przeobrażonego, i rozpadających się skąpych komórek limfatycznych, możliwie zaś i resztek rozpadającego się przybłonka. Badanie drobnowidowe nie potwierdziło więc domniemanego rozpoznania skórzaka. Guz ten według wyniku badania uważać raczéj musimy za torbiel mający ścianę wewnętrzną surowiczą, wydzielającą płyn surowiczy i białko, z którego wydzieliły się opisane strzępy i kłaczki, ściany zaś mocno przerosłe, włókniste, zupełnie takie jakie w utkaniu włókniaków napotykamy.

Zastanawiając się nad istotą, znaczeniem i sposobem powstania tego guza, nie od rzeczy będzie, zestawić możliwe w téj okolicy nowotwory.

Wedle S. W. G r o s s a (*Americ. Journal of the Medical Sciences. Juli and October 1879*) w ogóle guzy okolicy stawu biodrowego należą niewątpliwie do rzadszych. Należą tu przeważnie mięsaki; mniéj zaś częstemi bywają kostniaki, chrzęstniaki, chrzęstniaki kostne, włókniaki i śluzaki. Wedle K ö n i g a (*Chirurgie III Aufl. Bd. III*, pag. 257) pojawiają się czasem między mięśniami siedzeniowemi albo wśród mięśni samych torbiele bąblowcowe, także tłuszczaki i torbiele retencyjne (*Atheromata*). Mięsaki powstają także wśród mięśni siedzeniowych i wyrastają czasem z miednicy zajmując następowo miejsce mięśni, które wypierają. Według Dra V. P. G i b n e y a, prof. ortopedycznéj chirurgii w poliklinice w Nowym Yorku (*The Hip and its Diseases New York 1884*, p. 110), torebki maziowe mięśni tej okolicy stanowią często punkt wyjścia obrzęków bądźto zapalnych bądź nowotworowych. Podług M o r r i s a (*Anatomy of the Joints*) znajduje się w okolicy stawu biodrowego dziewięć torebek maziowych. Z tych kilka pozostaje w związku z mięśniami, których ścięgna przyczepiają się do krętarza wielkiego i tak: 1) Pomiędzy *Musc. Glutaeus medius* a górną przednią częścią krętarza wielkiego znajduje się mała torebka maziowa; 2) większa niż poprzedzająca znajduje się pomiędzy ścięgnem *M. glutaeus minimus* a przednią częścią krętarza wielkiego; 3) na przednim brzegu *Mus. glutaeus maxim.* między nim a *M. vastus ext.* wielka torebka maziowa; 4) na nasadzie krętarza wielkiego wielka wielokomorowa torebka maziowa pod powięzią *Musc. glutaeus maxim.*; 5) wielka torebka maziowa pomiędzy *M. iliacus* a cienką częścią *ligamentum capsulare* leżąca z przodu stawu biodrowego a będąca w związku z jamą stawu, odległa od krętarza, którą przytaczam tu dla dokładności opisu anatomicznego. Pozostałe 4 torebki znajdują się w tylnéj części stawu: 6) pomiędzy *M. obturator extern.* a tylną powierzchnią szyjki kości udowéj nieznaczna torebka; 7) pomiędzy *M. obturator intern.* a *Mm. gemelli* a tylną powierzchnią torebki stawowéj często natrafiana podłużna torebka maziowa; 8) pomiędzy *M. quadratus femor.* a *M. obturator extern.* i tylną częścią torebki stawowéj; 9) wielka torebka maziowa pomiędzy *M. quadratus femor.* a tylną powierzchnią małego krętarza. Wspomniany już powyżéj autor Prof. Gibney poświęca rozdział VII swego dzieła (*The Hip and its Diseases*) sprawom zapalnym torebek maziowych, mówi o trudnościach rozpoznawczych, przytacza liczne historyje chorób, z których przypadkowo jedna zgadza się prawie zupełnie z naszym przypadkiem, a na końcu rozdziału podaje następujący krótki wynik swego doświadczenia klinicznego pod tym względem (p. 119 i nast.). Według niego torebki w okolicy stawu biodrowego ulegają czasem sprawom zapalnym po urazie, dłużéj wywieranym ucisku, wystawieniu na zimno lub idyjopatycznie. Wywołują one zazwyczaj nieznaczne tylko zapalenie w częściach okolicznych; staw biodrowy następowo jednakże uledz może sprawie zapalnéj, zwłaszcza jeżeli torebka pod *M. ileopsoas* jest zajęta sprawą chorobową. Czas trwania sprawy zapalnéj bywa bardzo różnym; w pewnéj liczbie przypadków *bursitis acuta* odnawia się, i choroba przechodzi w ten sposób w stan chroniczny. Takie nawroty naprowadzają dopiero najczęściéj na właściwe rozpoznanie. Głównym objawem jest przytém ból miejscowy czasem rozpromieniający, drętwienie i mrowienie odnóg. Rozpoznanie stosunkowo jest łatwém z przebiegu choroby, ze znajomości lokalizacyi anatomicznéj prawidłowych torebek maziowych, z obecności torbiela i z badania tegoż, obok wykluczenia chorób torebki stawowéj, innych chorób około stawu (periartykularnych) lub wreszcie chorób kości.

Leczenie, według tego samego autora, takiego stanu zapalnego torebki polega na stosowaniu środków odwodzą-

cych, jeżeli przebieg nie jest ostrym; wśród ostrego zaś przebiegu wskazane są okłady ciepłe, unieruchomienie i ucisk. Jeżeli pomimo to powroty nastąpiły, jeżeli badanie wykazuje treść surowiczoropną, leczenie powinno być tylko chirurgiczne, t. j. polegać na wycięciu obrzęku albo też na zniszczeniu go innym zabiegiem chirurgicznym (przez założenie zawłok, wstrzykiwanie jodyny). Natomiast jest rzeczą niebezpieczną pozostawiać bez zabiegu chirurgicznego torebkę maziową długo w stanie zapalnym pozostającą, będącą w związku bezpośrednim ze stawem albo też leżącą na torebce stawowéj. Również T. Bryant w dziele swojém o chirurgii (*The Practice of Surgery 4 Edit. Vol. II*, pag. 319), podaje, że w zaniedbanych i chronicznych przypadkach torebki maziowe tak konsolidują się, że zamieniają się na twarde obrzęki jakkolwiek zawsze zachowują jamę w swym środku, a cała ich ściana przedstawia się jako koncentryczne warstwy uorganizowanéj limfy. W wyjątkowych tylko przypadkach torebka maziowa zupełnie się konsoliduje. Torebki te zwyczajnie zawierają płyn surowiczy, jakkolwiek czasem w płynie tym zawieszone są prążki krwi; w innych znowu przypadkach pływają wśród surowicy ciałka ryżowe (uorganizowany włóknik) albo uszypułkowane do pędzli podobne narośle. Po silnym urazie bywają one zazwyczaj napełnione znaczniejszą ilością krwi. Włókienka limfy krzyżują czasem światło torbiela w najrozmaitszych kierunkach, ale zwyczajnie strzępy te limfy układają się warstwowo podobnie do warstw cebuli. W zaniedbanych przypadkach wreszcie limfa ta doznaje przeobrażenia wstecznego, obumiera i cała torebka ropieje (u osób kiłowych). Przytém jest rzeczą prawdopodobną, że torebki maziowe zawierające surowicę wspólniczą ze stawem, podczas gdy zawierające maź stawową stoją w bezpośrednim związku ze stawem. Virchow (*Die krankhaften Geschwülste, Band I*, pag. 205, 206) opisuje również narośle na wewnętrznéj powierzchni ścian torebek maziowych i pochew ścięgnistych jako twory tkanko-łącznowe, które ostatecznie dają początek powstaniu ciałek ryżowych i nazywa takie zmiany w torebkach maziowych *Hygromata prolifera*. Zmiany te, według Virchowa, powstawać mają w skutek częstego zadrażnienia. W postaciach lżejszych zwiększa się tylko wydzielina prawidłowa; po dłuższém działaniu bodźca, po częstszych powrotach spraw zapalnych powstają zmiany proliferacyjne. Włókniaki brodawkowe, wedle Virchowa, także nie należą do rzadszych narośli torebek maziowych.

Porównywając wyżéj przezemnie opisany guz z obrzękami możliwemi téj okolicy, (które z przystępnéj mi literatury przytoczyłem), musimy go uważać jako zwyrodnienie jednéj z torebek maziowych najbliżéj krętarza wielkiego położonych i to prawdopodobnie torebki między *M. glutaeus medius* a krętarzem wielkim usadowionéj; albo też torebki między *M. glutaeus minim.* a krętarzem wielkim umieszczonéj, a mianowicie za *Hygroma proliferum fibromatosum* jednéj z tych torebek. Zmiany te w torebce maziowéj powstały prawdopodobnie w skutek dłużéj trwającego stanu zapalnego (możliwie skutkiem narażenia się choréj na wpływy zimna lub jako następstwo urazu). Do rozpoznania zaś tego uprawnieni jesteśmy obecnością torbiela, lokalizacyją jego, a wreszcie wynikiem badania drobnowidowego, które obok torbiela i przerostu bardzo znacznego ścian tegoż okazuje i zmiany proliferacyjne na wewnętrznej powierzchni torebki. Uderzającém w naszym przypadku jest bardzo znaczne zgrubienie i przerost ścian torbiela, tak, że ściągają na siebie główną uwagę a patrząc na guz spuszcza się mimowolnie z uwagi jamę zawartą w jego głębi w obec nowotworu ścian torby. O przeroście ścian zmienionéj torebki maziowéj do tego stopnia autorowie powyżéj wymienieni nie wspominają a opisane przez Bryanta zgrubienie polegało na złożeniu warstwowém li skrzepłego włóknika z limfy wypełniającéj torbę mazistą. Przerost ten atoli jedynie przypisać należy długiemu trwaniu stanu podrażnienia w naszym przypadku, nie może on zaś bynajmniéj wpłynąć na inne przypuszczenie istoty guza operowanego i sposobu. jako też punktu jego wyjścia, gdyż badanie drobnowidowe daje nam w tym względzie niezbitą pewność. Jestto więc rzadki przypadek przeobrażenia chorobowego torebki maziowéj około krętarza z niezwykłym przerostem nowotworowym ścian byłéj torebki w utkanie włóknikowe, którém nasz przypadek odróżnia się od wszystkich tego rodzaju, jakie znam. Usprawiedliwi to w zupełności, że podajemy go do szerszéj wiadomości. Dołączyć winniśmy nakoniec uwagę o leczeniu zastosowaném w naszym przypadku, iż mimo rozpoznania niezbyt ścisłego przed operacyją rękoczyn przedsięwzięty był jedynym racyjonalnym środkiem leczniczym, gdyż z powodu właśnie nowotworowego zgrubienia torebki wszelkie zabiegi lecznicze celem rozejścia się jego w skutek zastosowania środków odwodzących i t. p. pozostałyby musiały daremnemi i nie dawały rękojmi powodzenia; operacyja zastosowana była więc zupełnie usprawiedliwioną.

II. Oceny i sprawozdania.

Burkart: O leczeniu ciężkich form macinnicy i niedomogi nerwowéj.

Amerykański lekarz Weir Mitchell podał nową metodę leczenia ciężkich przypadków macinnicy i niedomogi nerwowéj (*neurasthenia)*, metodę mającą na celu we względnie krótkim czasie, bo w ciągu kilku tygodni, polepszyć odżywianie, wzmocnić wszystkie tkaniny ustroju, a w szczególności pierwociny nerwowe, wytworzyć znaczny zasób krwi i tłuszczu i podwyższyć wydatnie ciężar ciała. Leczenie polega na bardzo znaczném powiększeniu dowozu żywności przy zupełnym spokoju umysłowym i fizycznym, podczas gdy równocześnie przez metodyczne mięsienie (*massage*) i faradyzowanie mięśni ciała dopomaga się ustrojowi do przyswojenia sobie spożytych pokarmów i do dalszego zużytkowania tychże na korzyść osłabionych tkanin.

Weir Mitchell wyszedł z założenia, że przybytek tłuszczu jest niemal zawsze oznaką równoczesnego powiększenia się ilości krwi. Wprawdzie niektóre formy niedokrewności zdają się sprzeciwiać temu twierdzeniu, towarzyszy im bowiem otyłość, co zdarza się częściéj u kobiet i dziewcząt, niż u mężczyzn, — a co ważniejsza, że właśnie z tą niedokrewnością i otyłością łączy się nierzadko macinnica i niedomoga nerwowa. Pozorną tę sprzeczność tłumaczy Weir Mitchell między innemi różnicą w jakości nagromadzonego tłuszczu, przywodząc na pamięć powszechnie znane doświadczenie, że przy sztuczném tuczeniu zwierząt jeden pokarm jest w stanie wytworzyć dobry tłuszcz, z innego zaś pożywienia tylko lichy tłuszcz wytwarza się śród zupełnie tych samych stosunków. W obec tego, powiada daléj wspomniany autor, przybytek tłuszczu przemawia tylko wtedy za zdrowiem, jeżeli łączy się równocześnie z powiększeniem ilości i polepszeniem jakości krwi. Niedokrewność zaś istniejąca obok otyłości jest jedną z chorób najtrudniej-

szych do wyleczenia. W tych bowiem przypadkach leczenie musi mieć na celu usunięcie nieprawidłowego tłuszczu przez sprowadzenie odpowiednich warunków życia i wytworzenie w jego miejsce przy pomocy stósownego pożywienia nowego prawidłowego tłuszczu obok powiększenia ilości krwi o dobréj jakości.

Wskazaniom tym czyni zadosyć Weir Mitchell w następujący sposób: Za nieodzowny warunek pomyślnego wyniku leczenia uważa zmianę miejsca, w którém dotychczas przebywała chora i najzupełniejsze oddzielenie choréj od jéj rodziców, krewnych, znajomych, słowem zerwanie z całym światem, a ograniczenie się tylko do towarzystwa lekarza i posłusznéj jéj rozkazom posługaczki, wybranéj przez lekarza. W tym téż celu wzbrania się przez większą część czasu leczenia wszelkich odwiedzin choréj ze strony jéj znajomych i ostro zakazuje się wszelkiéj korespondencyi, któréjby przedmiotem było opisywanie sposobu leczenia i jego skutków. Burkart kładzie bardzo silny nacisk na tak skrupulatne odosobnienie choréj, podając że w przypadkach w których uległ prośbie choréj lub jéj rodziców i rozpoczął leczenie w domu choréj bez zmiany jéj otoczenia, nie zdołał osiągnąć najmniejszego polepszenia w stanie choréj, lecz przeciwnie powiększony dowóz pokarmów, mięsienie i elektryzowanie przysporzyły tylko cierpień choréj do tego stopnia, że wkrótce odstąpić musiał od skreślonego planu leczenia. Dla czego odosobnienie jest tak wielkiéj wagi i dla czego jest ono *conditio sine qua non* — zobaczymy późniéj. Posługaczka, która teraz ma zająć miejsce troskliwéj i czułéj matki, siostry lub opiekunki, musi być osobą sympatyczną dla choréj i na tyle rozgarnioną, aby mogła należycie zrozumieć zlecenia lekarza i korzystnie wpływać na umysł choréj. Od wyboru dobréj posługaczki zależy bardzo wiele, gdyż wkradłszy się w zaufanie choréj może ona bardzo korzystnie wspierać wszystkie usiłowania lekarza w niedostrzeżony dla choréj sposób. Dla zabezpieczenia sobie odwrotu najodpowiedniejszą jest rzeczą zapowiedzieć choréj z góry, że jest się każdéj chwili gotowym oddalić posługaczkę, jeżeliby z niéj chora nie była zadowoloną. Poczucie swobody i wolności z jednéj strony a z drugiéj strony ta pewność choréj, że w osobie lekarza posiada niewątpliwie gotowego obrońcę względem posługaczki, przyczynia się nie mało do zawiązania zaraz z początku przyjaznych stosunków między chorą a posługaczką.

Skoro się już przeprowadziło chorą do mieszkania, wskazanego przez lekarza, najstósowniéj do domu w zaciszu się znajdującego lub wyjątkowo do szpitala, wyznacza się choréj zadanie, aby całą swą uwagę i wszelkie wysilenia zwróciła na jak najszybsze powiększenie swego ciężaru ciała. Podczas gdy dotychczasowe leczenie skierowane było głównie do usunięcia tego lub innego poszczególnego cierpienia, nie daje się obecnie żadnego posłuchu dla narzekań choréj na rozmaite bóle i inne przypady, lecz przywodzi się choréj ustawicznie na pamięć, że leczenie jest teraz wyłącznie skierowane ku polepszeniu odżywienia.

Jeść, pić i trawić to są główne zadania choréj przez przeciąg kilku tygodni. Rozumie się samo przez się, że u chorych, które przyzwyczajone były minimalne tylko ilości pokarmów spożywać, nie można zaraz rozpocząć z obfitém podawaniem pokarmów. W tym razie poleca się choréj, aby najprzód co 2 lub 3 godziny wypiła 90—120 cm. sz. mleka; wśród kilku jednak dni podaje się stopniowo coraz więcéj mleka na jednę dawkę, tak że po 4 dniach musi chora spożyć w ciągu doby $1\frac{1}{2}$—2—3 litry mleka mniéj więcéj tak, aby do wypicia $\frac{1}{2}$ litra mleka potrzebowała $\frac{1}{2}$ lub $\frac{3}{4}$ godziny. Korzystną jest rzeczą, aby stósownie do stanu narządu rawienia i odpowiednio do indywidualnego smaku polecić już to mleko prosto od krowy lub zbierane, już téż gotowane lub niegotowane, i to ciepłe lub zimne, albo téż mleko z dodatkiem kawy, herbaty, soli, cukru, wody wapiennéj albo sody. W ten sposób bowiem można w krótkim czasie usunąć istniejącą niestrawność. W wyjątkowych tylko razach trzeba rozpocząć leczenie od mięsienia różnych mięśni, a dopiero późniéj podawać większe ilości pokarmów.

Zazwyczaj znoszą chore bardzo dobrze stopniowo zwiększany dowóz pokarmów tak, że już od 10go lub 15go dnia leczenia spożywają obfitą ilość pokarmów, jak to wskazuje następujący spis potraw podany przez Burkarta:

O 7 godz. rano $\frac{1}{2}$ litra mleka (do wypicia w ciągu pół godziny).—O 8 godz. rano mała filiżanka kawy ze śmietanką, 80 gramów zimnéj pieczeni, 3 bułki z masłem, talerz smażonych ziemniaków. — O 10 godz. rano: $\frac{1}{3}$ litra mleka z 3 sucharkami.—O 12 godz. w południe: $\frac{1}{2}$ litra mleka.— O 1 godz. po południu: Zupa, 100 grm. pieczeni, 100 grm. kurczęcia, ziemniaki, jarzyna, 125 grm. kompotu ze śliwek, słodka legumina.—O $3\frac{1}{2}$ godz. popołudniu: $\frac{1}{2}$ litra mleka.— O $5\frac{1}{2}$ wieczór: $\frac{1}{3}$ litra mleka, 80 grm. pieczeni, 2 bułki z masłem.—O 8 godz. wieczór: 80 grm. pieczeni, 4 sucharki, $\frac{1}{2}$ litra mleka.—O $9\frac{1}{2}$ godz. wieczór: $\frac{1}{2}$ litra mleka, 2 bułki.

Uwydatnić tu należy ze szczególnym naciskiem tę okoliczność, że ten znaczny zasób pokarmów spożywa i trawi właśnie żołądek, który przedtém zaledwie minimalną ilość pokarmów mógł przyjmować z powodu macinnicy lub niedomogi nerwowéj.

Jak już wspomniano, nie wystarcza sam dowóz żywności, aby zwiększyć ciężar ciała choréj, lecz równocześnie należy ustrojowi dopomagać do strawienia i przyswojenia sobie spożytych pokarmów. W prawidłowych stosunkach przyczynia się w tym kierunku nie mało czynność mięśni, od chorych jednak na macinnicę lub niedomogę nerwową trudno wymagać, aby podejmowali nieco więcéj wytężoną pracę mięśniową, gdyż chore te dotknięte są zazwyczaj porażeniami w zakresie różnych mięśni lub téż każdy ruch sprowadza im rozmaite bóle i uciążliwości. Właśnie téż z tego powodu bardzo stósowną jest rzeczą zalecić chorym w pierwszych tygodniach leczenia bezwzględny spokój fizyczny i ciągłe leżenie w łóżku. Pracę zaś mięśniową należy zastąpić w sposób sztuczny, mianowicie przez metodyczne mięsienie. Naturalnie, że czas mięsienia zwiększa się codziennie stopniowo i tak z początku wystarcza mięsić 2 razy dziennie po 10 do 15 minut, w ciągu 14 dni przedłuża się jednak mięsienie do $1\frac{1}{2}$ godziny 2 razy na dzień. Mięsienie rozpoczyna się od palców nóg, a następnie gniecie się głównie mięśnie podudzia, uda i bioder; późniéj wałkuje się mięśnie rąk, piersi i łopatek, a wreszcie mięśnie grzbietu i brzucha. Pierwsze mięsienie uskutecznia lekarz sam, jużto dla pouczenia sługi, umyślnie do tego wybranéj, już téż z tego względu, aby chora mogła późniéj ocenić, jakiéj siły ma sługa przy mięsieniu używać. Z początku są niemal wszystkie chore bardzo wrażliwe na tę procedurę, lecz bardzo szybko przyzwyczajają się do mięsienia tak, że same domagają się użycia większéj siły przy nacieraniu, zazwyczaj po dobrém mięsieniu następuje u choréj miłe uczucie lekkiego znużenia i słodki spokój.

Dzielnym środkiem, mającym zastąpić czynne ruchy mięśni, jest także faradyzowanie wszystkich mięśni ciała.

Z uwzględnieniem punktów Ziemssena elektryzuje się prądem przerywanym 2 razy dziennie przez 10—20 minut szczególnie mięśnie odnóg, a późniéj mięśnie grzbietu i brzucha.

W drugim lub najpóźniéj trzecim tygodniu takiego leczenia musi już być widoczném polepszenie stanu choréj, a mianowicie znaczne ilości pokarmów spożywanych muszą być już dobrze strawione, chora musi już dobrze znosić mięsienie i elektryzowanie, a co najważniejsza ciężar ciała musi się już wydatnie zwiększyć, a chora powinna się podmiotowo czuć znacznie lepiéj. W przeciwnym razie trzeba dać za wygraną, i odstąpić od zamierzonego planu leczenia. Dla tegotéż najstósowniéj jest zapowiedzieć z początku choréj, że w 2im lub 3im tygodniu rozstrzygnie się, czy od przedsięwziętego leczenia będzie się można spodziewać jéj wyzdrowienia. W ten sposób wywiera się także korzystny wpływ na umysł choréj, gdyż już z początku stara się ona wytężyć całą swą siłę woli w myśl rozpoczętego leczenia.

Jeżeli w 3im tygodniu wystąpią owe pomyślne wspomniane objawy, wtedy można zezwolić choréj na krótki czas opuścić łóżko. W miarę tego, jak chora stopniowo dłuższy czas (godzinę, 2 lub 3) przechadzać się może, skraca się odpowiednio czas mięsienia i faradyzowania. Z powolném ograniczaniem ilości pokarmów trzeba zwlekać jak najdłużéj. Zazwyczaj w 7ym lub 9ym tygodniu leczenia skłaniają do zmniejszenia ilości pokarmów lekkie zaburzenia w trawieniu i wielki z każdym dniem potęgujący się wstręt do tak znacznéj ilości pokarmów. Co do tego kiedy zezwolić można na odwiedziny choréj i powrót do rodziny, nie można wytyczyć pewnych ścisłych prawideł, lecz należy się stósować do każdego szczegółowego przypadku.

Pozostaje nam jeszcze omówić pokrótce fazy leczenia i wytłumaczyć znaczenie każdego ze wspomnianych czynników leczniczych.

Jak wiadomo macinnica polega na zboczeniu w czynności kory mózgowéj, a więc tego narządu, który kieruje życiem umysłowém i który jest siedzibą woli. Z tego punktu zapatrywania musimy macinnicę zaliczyć do chorób psychicznych a określić ją można jako niedowład lub porażenie woli. W korze mózgowéj zmian anatomicznych wprawdzie nie znajdujemy, ale mamy wszelką podstawę do stwierdzenia, że macinnica polega na zboczeniu czynnościowém, na osłabieniu komórek zwojowych, znajdujących się w korze. Podstawę zaś tego osłabienia stanowi zmiana w jakości i ilości krwi.

Mając to na pamięci łatwo ocenić możemy znaczenie metody leczenia podanéj przez Weir Mitchella. Wprawdzie nie mieści ona w sobie w gruncie rzeczy wiele nowego, lecz jest tak szczęśliwém skombinowaniem wszystkich czynników tak psychicznych jak i somatycznych, że nie pozostawia w tym względzie nic więcéj do życzenia.

I tak pierwszym z owych czynników, rzec można, najefektowniejszym jest zupełne odosobnienie choréj, a zatém wyrwanie i wyswobodzenie choréj z tych wszystkich stosunków szkodliwych, które sprowadziły i podtrzymywały ustawicznie jéj chorobliwy stan woli. Dotychczas żyła chora w otoczeniu, które nabrawszy przekonania, że narzekania i dolegliwości jéj są rzeczywiście ugruntowane, podtrzymywało jéj błędne pojęcia, a obawiając się wyzwać jéj wolę na pole otwartéj walki, przez stawienie oporu błędnym pojęciom choréj przyczyniało się coraz więcéj do uśpienia jéj woli i stopniowego pogarszania jéj stanu chorobliwego. Teraz zaś, gdy nie ma ani troskliwéj matki, ani czułego męża itp., którzyby za chorą myśleli i wyręczali jéj wolę, musi chora sama obudzić swą wolę z tego długotrwałego uśpienia próżniaczego i w ten sposób pozostawiona własnym siłom musi powoli uczyć się wzmacniać swą wolę.

Drugim ważnym czynnikiem jest obfite i częste wprowadzania potraw do przewodu pokarmowego. Jego cel jest podwójny. Najprzód psychiczny, chora bowiem musi się zdobyć na cały zasób swéj woli, aby mimo zwyczaju spożywała ogromne ilości potraw, iżby swą uwagę odwróciła od różnych bólów i dolegliwości, następnie ma czynnik ten na celu polepszenie istotne stosunków odżywienia, aby w drodze pośredniéj wzmocnić komórki zwojowe znajdujące się w korze mózgowéj. Nadto zmuszenie żołądka do ciągłego niemal trawienia jest znakomitym środkiem do sprowadzenia spokoju umysłowego w pierwszych tygodniach, jak wiadomo bowiem w czasie trawienia zmniejsza się pobudliwość mózgu na jakiś czas, tém więcéj się jednak późniéj potęguje, im większy zasób sił nagromadził się w chwili spoczynku w komórkach nerwowych.

Trzeci czynnik, tj. mięsienie i faradyzowanie, ma jak już wspomniano, zastąpić czynność mięśni nieodzowną do należytego przyswojenia ustrojowi spożytych pokarmów. *(Sammlung klinisch. Vorträge* Nr. 245). *Dr. Prus.*

III. Sekcyja okulistyczna na Kongresie międzynarodowym lekarskim w Kopenhadze 1884 r.

Sprawozdanie **Dra B. Wicherkiewicza.**

(Dokończenie. Patrz Nr. 51.)

Fritthiof Holmgren z Upsali, sympatycznie bardzo powitany, mówi o czuciu barw a pracę swoją dzieli na dwie części:

I. W pierwszéj zadaje sobie pytanie, jak się barwy widzi, czyli jakie są własności wrażeń barwnych. Pytanie to było tylko w części rozwiązane i to ze stanowiska prawidłowego czucia barw, a tylko na drodze pośredniéj zrobiono wnioski, dotyczące innych rodzai czucia barwnego. Mówiąc o podziale rozmaitych rodzai nieczułości na barwy, Holmgren przyjmuje nową zasadę podziału i znamionuje różnice przez siebie spostrzeżone pomiędzy nieczułością prawdziwą (środkową) a złudną (obwodową). Przez ścisłe badania sześciu przypadków jednostronnéj nieczułości barwnéj oznaczył barwne wrażenia wszystkich znanych rodzai. Widma ich przedstawił w stosunku do widma prawidłowego na tablicy olejno malowanéj i sądzi, że ten sposób przedstawienia może jedynie wystarczająco dać przedmiotowe wyobrażenie o podmiotowych wrażeniach barwnych. Holmgren opisał poprzednio dwa takie widma, a mianowicie: widmo nieczułe na czerwoną barwę, a drugie na fijołkową, przyczém zwrócił uwagę na trzy okoliczności mianowicie na: 1) Długość. Skrócenie na krańcu czerwonym u nieczułego na czerwoną barwę (aż do B.), na krańcu fijołkowym u nieczułego na fijołkową barwę (aż do G). Inne widma nie są skrócone. 2) Jakość barw głównych. Dwie barwy główne u nieczułego na barwę czerwoną, na żółtą i niebieską a raczéj żółto-zieloną i niebiesko-fijołkową. U nieczułego na zieloną barwę, czerwono-pomarańczową i niebiesko-sinkową. U nieczułego na fijołkową główne barwy są: czerwona i zielona. U nieczułego na wszystkie barwy, dwie są główne, a mianowicie: szarociepła i szarozimna. 3) Położenie

granic pomiędzy głównemi barwami. U czerwono nieczułego widać najlepiéj różnicę w okolicy F, u zielono nieczułego nieco bliżéj C, stawiając równocześnie przed to samo słoneczne widmo przedmiotowe nieczułego na czerwoną i zieloną barwę. Dla nieczułego na fijołkową granica położona jest poza D ku żółto-zielonéj barwie. U nieczułego na wszystkie barwy znajduje się ona w sąsiedztwie F. Opierając się na spostrzeżeniach czynnych wiedzieć będziemy, jak nieczuli wszelkiego rodzaju widzą barwy. Prawidłowe czucie barw zawiera w sobie wszystkie wrażenia innych rodzai czucia barwnego i przedstawia niejako w obec nich okres znakomitszego rozwoju i wykształcenia. To uprawnia do dwóch innych sposobów kontroli. 1. Kontrola takiemi częściami naszego własnego pola widzenia, które na barwy są nieczułe. Wiemy, że w pasie średnim widzimy tylko żółtą i niebieską barwę, w samym zaś obwodzie tylko szarą a od dawna wystawiano sobie pierwszy pas jako nieczuły na czerwoną, a ostatni na wszelką barwę. Holmgren to co dawniéj przypuszczał, jest obecnie w możności wykazać, a mianowicie, że w częściach obwodowych pasa średniego posiadamy te same wrażenia, które mają nieczuli na czerwoną barwę w środkowém polu widzenia, i że w pasie obwodowym przedstawiają nam się barwy zupełnie tak samo jak nieczułym na wszystkie barwy. Dowód znajdujemy w przedmiotowém przedstawieniu barw, dochodząc doń w następujący sposób: W miejscach perimetru odpowiadających pasowi średniemu przytwierdza się barwę i szuka się odpowiedniéj barwy dla środka pola widzenia. Barwa, którą wtenczas dobierzemy, jest ścisłym objawem naszego czucia w pasie średnim, a wynik osiągnięty opowiada powyższemu przypuszczeniu Holmgrena. Przytém trzeba dodać, że te same przejścia wrażenia czyli pojmowania, które zachodzą z obwodu ku środkowi pola widzenia, mają miejsce także i w sąsiedztwie żółtéj plamy, ale pasy te są węższe, co jest niemałéj wagi dla teoryi ze względu na to, iż przejścia te stoją w stosunku do mniejszéj obfitości pierwiastków czułych. 2. Kontrola za pomocą sztucznéj jednostronnéj nieczułości tak prawdziwéj jakoteż złudnéj. Pierwszą wywołać możemy przez światło widmowe, drugą przez szkła. Przy badaniu jednostronnéj nieczułości można zastosować dwie metody: *a*) za pomocą stereoskopu albo przyrządów, które rozłączają pola widzenia, *b*) za pomocą obrazów następnych negatywnych.

II. Jakie są barwy pojedyńcze czyli główne? W dotychczasowych badaniach barw głównych uwzględniano zawsze całą siatkówkę albo przynajmniéj jéj części. Przedmioty barwne były takich rozmiarów, że obrazy ich pokrywały znaczną ilość siatkówkowych pierwiastków wrażliwych, w skutek czego przez podrażnienie rozlicznych pierwiastków powstały mięszane barwy. Dla tego téż oznaczenie barw głównych było dowolne, przyjmowano ich 5, 4, 3, z których ostatnia liczba była podstawą teoryi Young-Helmholza. Barwy główne, czyli fundamentalne, powinny być oznaczone drogą doświadczenia, przyczém wypada pobudzić pierwiastki siatkówkowe, odrębnie jedne po drugich. W tym celu można tylko użyć jak najmniejszych przedmiotów barwnych (a chcąc obrazy tych przedmiotów na siatkówce powstałe widzieć, użyć trzeba teleskopu). Holmgren posługuje się w tym celu jak najmniejszemi otworkami w cienkiéj metalicznéj płycie, poza którą znajduje się płyta szkła mlecznego, które daje się jakiémkolwiek światłem oświecić. Autor przyznaje, że badanie takie jest trudne i nużące, a tylko wprawa i doświadczenie mogą tutaj przyjść w pomoc. Doświadczenia Holmgrena doprowadziły do następujących wyników: Jeżeli punkt pierwiastkowy był wszędzie widziany w téj samej barwie, natenczas barwa ta jest zasadniczą czyli główną; jeżeli zaś punkt ten przedstawił się w jedném miejscu w takiéj barwie, w innéｍ zaś w odmiennéj, natenczas barwa taka jest mięszaną, a z doświadczeń wypływa przedewszystkiém, że żółta i niebieska barwa są mięszane, podczas gdy czerwona, zielona i fijołkowa, okazały się być pierwiastkowemi barwami. Skoro mały otwór w płycie ustawimy na żółtéj barwie widma, natenczas stosownie do okoliczności widzi go się niby to czerwony, niby zielony. W ten sam sposób można rozłożyć niebieską barwę na zieloną i fijołkową. Dodać wypada, że punkt czerwony wydaje się być większym i więcéj żółtym w pobliżu środka żółtéj plamy, podczas gdy w obwodzie ostatniéj przedstawia się mniejszym i więcéj czerwonym. Odwrotnie ma się rzecz z barwą fijołkową, która w obwodzie wydaje się być większą. Zresztą autor przyrzekając dać bliższe objaśnienie i rozszerzenie przedmiotu przy najbliższéj sposobności, kończy swój piękny wykład uwagą, że wszystkie poszukiwania za pomocą najmniejszych punktów czynione były w obrębie żółtéj plamy.

Haenel z Drezna mniema, że doświadczenie, jakie zrobił jadąc do Kopenhagi, mogłoby wytłumaczyć, dla czego nadzwyczaj mały punkt żółty nie przedstawia się żółtym, ale czerwonym lub zielonym. Płynąc przy pogodném powietrzu i spokojném morzu statkiem patrzał na słońce zachodzące, które przedstawiało się w ostatniéj chwili jako bardzo mała tarcza, a właśnie kiedy rzucało ostatni promień przed zajściem, tarcza ta przedstawiła się zieloną, aby potém natychmiast zniknąć. — Samelsohn pyta się Holmgrena, czy podziela zapatrywanie Landolta, że względna nieczułość na barwy w obwodzie zależną jest tylko od siły światła? co téż Holmgren potwierdza. — Wolffberg z Erlangi badał kilka tysięcy uczni w Erlandze i przekonał się, że przy wrodzonéj nieczułości na barwy żadne inne nieprawidłowości nie zachodzą. Słabość czułości barwnéj tylko zboczeniem funkcyi wywołaną być może, w żaden zaś sposób nie wypada jéj podporządkować wrodzonéj nieczułości. Ostatnia odznacza się tém, że niektóre wrażenia kolorowe nie dopisują, podczas gdy inne władze oka są prawidłowe. Wolffberg zgadza się na myśl Holmgrena rozróżniania środkowéj nieczułości i złudnéj. Pierwszą można oznaczyć jakościowo, ostatnią tylko ilościowo. Ilościowo można czucie barw jedynie oznaczyć, badając czucie światła, którego nieprawidłowości sprawiać mogą nieczułość na barwy. Hansen proponuje w imieniu Jeffriego, ażeby kongres potwierdził uchwałę kongresu londyńskiego dotyczącą badania majtków itd., na co sekcyja okulistyczna odpowiada, że nie może się do tego zastosować, ponieważ nie ma jedności zapatrywań.

Dwunaste posiedzenie 16 sierpnia popołudniu.

Przewodniczy Noyes i udziela głosu Dr. Nieden z Bochum, który mówi o galwanokaustyce w lecznictwie ocznem. Żegadła galwaniczne stosuje Nieden przeważnie w cierpieniach spojówki i rogówki, o ile przyczyną ich jest grzybica, (jaglica, *xerosis* spojówki, wrzód żrący i skrofuliczny, jakoteż rąbkowy wrzód rogówki). Odwietrzając w znakomity sposób ułatwia galwanokaustyka gojenie się, co się natychmiast po operacyi objawia (ciecz przedniéj komórki staje się więcéj czystą, źrenica rozszerza się, a ropa przedniéj komórki znika), a w znacznéj części przypadków zastępuje keratotomiję. W razie potrzeby żarzący drut może

sprowadzić otwarcie przedniéj komórki i to przez spód wrzodu. Doświadczenie autora odnosi się do 100 przypadków wrzodów; pomiędzy 83 ciężkiemi wrzodami rogówkowemi miał 3 żrące. W 82 przypadkach jednorazowy rękoczyn wystarczył, w 12 rękoczyn ten musiał być raz, w 6 zaś 3—6 razy powtórzonym, zanim sprawa chorobowa ustąpiła. Galwanokaustyką sprowadzić można wyzdrowienie w czasie o połowę krótszym od tego, jakiego wymagałby jakikolwiek inny rękoczyn, a zaćmienia są przytém i pozostają daleko słabsze. Autor nie stracił ani jednego oka w skutek zaniku. Leczenie trwało średnio $13\frac{1}{2}$ dnia.

Schmidt-Rimpler nie jest tak bezwzględnym zwolennikiem rozpalonego żelaza, nie widzi zresztą różnicy, jakaby mogła wyniknąć ze zastosowania galwanokauteru lub żelaza rozpalonego. Galwanokauter oprócz tego ma tę niekorzyść, że po dotknięciu wrzodu nie traci swego żaru i w skutek poruszeń oka łatwo je w sposób niepożądany poparzyć może. Przy leczeniu wrzodu żrącego najlepszym wydaje mu się jodoform i ciepła wilgoć przeciwgnilna, a odkąd sposobów tych używa, rzadko kiedy zniewolony jest uciec się do operacyi Saemischa, której zresztą przyznaje właściwą doniosłość.

Wicherkiewicz od wielu lat stosuje galwanokaustykę. W ogólności wyniki osiągnięte zadawalają go, a umyślnie kazał sobie sporządzić, stosownie do potrzeb, galwanokautery płaskie rozmaitych objętości i cienkie. Pierwszych używa, jeżeli cały spód wrzodu jest nacieczony, ostatnich zaś wtenczas tylko, gdy chodzi o nasięk brzegów. Mimo widocznych korzyści galwanokaustyki, sądzi, że ona nie we wszystkich przypadkach zastąpić może operacyję Saemischa, mianowicie nie może jéj zastąpić wtenczas, jeżeli obok wrzodu znajduje się w przedniéj komórce wysięk ropiastowłóknisty. Zwyczajne przekłucie galwanokaustyczną igłą, tak jak to Nieden zaleca, nie jest w stanie usunąć tego rodzaju wysięków. Skoro zaś wysięk przez keratotomiję z przedniéj komórki usuniętym został, można następnie ostrożnie nacieczoną rogówkę z korzyścią przyżegać. Co do stosowania galwanokaustyki w jaglicy, to W. uważa postępowanie to z własnych doświadczeń za trudne, bolesne i mało skuteczne. W żadnym razie nie zastąpi ono postępowania, jakiém się W. posługuje, wyciskując pomiędzy paznogciami zawartość ziarn jaglicowych. Także i przeciw dwurzędowości W. nie stosuje galwanokaustyki, gdyż odpowiedni inny rękoczyn trwale usunąć może to cierpienie, podczas gdy galwanokaustyka częściéj musi być powtarzaną, często nie dopisuje, a nadto, gdy śmieléj zastosowana, daje powód przez następne skurczenie tkanki do wzrostu rzęsów.

Samelsohn jest zwolennikiem metody przez Niedena poleconéj przy wrzodach pełzających, jeżeli spód pozostał przeźroczystym. Skoro zaś wrzód zagłębia się, wypada z tém postępowaniem połączyć operacyję Saemischa lub nakłucie rogówki.

Na tém zakończyły się rozprawy naukowe, a zebrani koledzy przypatrywali się jeszcze kilku ciekawym okazom. I tak:

1. Juler z Londynu pokazywał sztuczne oko Frosta i perimeter samoznaczący Mc. Hardyego z Londynu.

2. M. Hannower z Kopenhagi przecięcia ócz noworodków, u których pomiędzy twardówką a naczyniówką istnieje jakaś istota gąbczasta.

3. Waldauer przedkłada nożyk do operacyi wrostu rzęsów i to do odpreparowania płata skórnego.

4. Melckens z Kopenhagi okazuje swego pomysłu przyrząd do odkrycia udanéj ślepoty jednostronnéj (przyrząd ten opisany w *Virchows* i *Hirschs Jahresbericht*).

5. Webster Fox z Filadelfii przedkłada próby maści boroglicerynowéj używanéj w Ameryce jako środek przeciwgnilny, a sporządzony przez rozgrzanie 62 części kwasu borowego z 92 częściami gliceryny. Fox zachwala środek ten przy wrzodach rogówki, zapaleniu jaglicowém rogówki z dodatkiem atropinu lub siarczanu koprowiny, w rzeżączce noworodków itd.

6. Ole Bull objaśnia bardzo ładny akwarelowy atlas widoków wziernikowych przez siebie sporządzony, a przedstawiający rozliczne choroby dna oka.

W końcu Noyes dziękuje za trzykrotne powołanie go na krzesło przewodniczącego wyrażając nadzieję, że za 3 lata w Waszyngtonie będzie miał sposobność wywzajemnić się za gościnne podejmowanie, a Hansen Grut zamyka posiedzenie sekcyi okulistycznéj stosowném przemówieniem.

IV. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Rzeszów Stan chorób nagminnych w listopadzie 1884. 1. Koklusz. Z końcem października w 7 gminach (ludność 8110) pozostało chorych 169. W tych jakotéż w 2 innych gminach (w 9 gminach ludność 9402) przybyło w listopadzie 203 chorych. Na ogólną liczbę 372 wyzdrowiało 228, umarło 14, pozostało z końcem miesiąca w leczeniu 130 chorych. Krztusiec utrzymuje się koło miasteczek Niebylca, Czudca i Tyczyna. 2. Odra. W dwu gminach (Baryczka i Połomyja o ludności 1878). Do pozostałych z października 9 chorych przybyło w listopadzie 35. Z 44 chorych wyzdrowiało 30, umarło 14. Śmiertelność znaczna z powodu niestosownego zachowania się chorych. 3. Dur brzuszny w Woli rafałowskiéj (ludność 788). Z ubiegłego miesiąca pozostało 9, w listopadzie przybyło 2 chorych. Wszyscy wyzdrowieli. 4. Płonica w Łące (ludność 1387). Na 18 chorych umarło 3, zostaje w leczeniu 15. Z chorób zwierząt: 1. Świerzb koni w Lutoryżu. Z pozostałych z października 3 chorych koni, wszystkie wyleczono. 2. Wąglik u bydła w Jaworniku niebyleckim. W 6 zagrodach (21 sztuk bydła) zachorowało 7, wyzdrowiało 2, padło 5 sztuk. W wypadku tym uderzała niezwykłość przypadków, gdyż choroba lokalizowała się tylko na nogach w postaci odymki podskórnéj, u bydła młodego i zdrowego, przez co choroba przedstawiała przypady zbliżone do zarazy wąglikowéj alpejskiéj t. zw. *Rauschender Brand*) Niepojawiły się nowe przypadki wścieklizny u zwierząt, a ludzie pokąsani przez psów wściekłych dotąd są zdrowi. W samym Rzeszowie prócz sporadycznych przypadków zapalenia płuc o przebiegu szybkim i złośliwym stan zdrowia dobry.

Dr. J. Barzycki.

Podhajce w listopadzie. Krztusiec wygasł w Złotnikach, w Iszczkowie, powtórnie zaś pojawił się w Uwsiu, gdzie obecnie stał się o wiele złośliwszym niż w czasie swego pierwszego wybuchu i tak gdy we wrześniu i październiku na 65 chorych zmarło 7, to obecnie w 14 dniach na 42 zmarło już 9. Najczęstszém a zarazem śmiertelném powikłaniem krztuśca jest dławiec, który prócz tego w ostatnich tygodniach jako choroba samoistna tak często się pojawiał, iż jest się niemal pokuszonym wierzyć w jego charakter nagminny. Prócz powyższych nie ma zresztą w powiecie żadnych chorób epidemicznych. Z chorób stadnych pojawił się w 3ch miejscowościach t. j. w Uwsiu, Hołhoczach i Michałówce sporadyczny wąglik bydła rogatego.

Dr. Dzikowski.

Husiatyn. W listopadzie panowała nagminnie odra, w Nieborgu starym, Trybuchowcach, Samołuskowcach, Horodnicy, Postołówce, Rakowkowie, Żabińcach, Kociubińcach, Chłopówce i Uwiśle; w gminach tych z 12.621 mieszkańców zachorowało 560, zmarło 37. Krztusiec sprawdzono w jednéj gminie Wasylkowcach (ludność 1967), na 33 chorych zmarło 7 w skutek chorób następowych wynikłych z przeziębienia.

Dr. L. Zminkowski

Myślenice d. 30 listopada 1884. Stan zdrowia w ubiegłym miesiącu bardzo pomyślny; prócz duru plamistego i płonicy w Spytkowicach nie było w całym powiecie zakaźnéj choroby. Dur plamisty w Spytkowicach z dniem 24 listopada 1884 r. wygasł, zachorowało ogółem przy ludności 1992 38 osób, ozdrowiało 33, umarło 5 osób. W téj saméj miejscowości i niemal w tych samych domach obok duru okazała się płonica, na którą zachorowało dotychczas 32 osób, wyzdrowiało 17, umarło 3.

Dr. Czyżewicz.

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 23 grudnia. Z powodu Świąt uroczystych ostatni numer tygodnika naszego wychodzi wcześniéj. Szan. współpracownikom i abonentom zasyłamy serdeczne podziękowanie za skuteczne poparcie Przegl. Lek. w roku dobiegającym. Nr. 1szy wyjdzie w sobotę d. 3 stycznia.

* Ponieważ sprawozdania z epidemij i epizoocyj w kraju, które w skutek inicyjatywy kol. Obtułowicza zaczęliśmy podawać w Przegl. Lek., jakkolwiek pożądane, nie okazały się praktycznemi, a to tylko z tego powodu, że gdy kilku zaledwie kolegów, urząd publiczny w służbie zdrowia piastujących, poszło za przykładem wnioskodawcy, przesyłając nam co miesiąc sprawozdania ze swych powiatów, sprawozdania te pozostały luźnemi, do małego obszaru kraju odnoszącemi się, a tém samém nie mogły przedstawiać obrazu chorób pospólnych i stadnych w kraju całym pojawiających się. Komisyja redakcyjna, pragnąc, aby myśl, podana przez kol. Obtułowicza, w całości urzeczywistnioną została, udała się do kol. Merunowicza z prośbą, aby kwartalnie lub miesięcznie zdawał sprawę w tygodniku naszym z ruchu tych chorób w kraju całym, a gdy kol. Merunowicz wezwaniu temu chętnie uczynił zadość, będziemy w stanie począwszy od Nowego roku podawać regularnie co miesiąc obraz ruchu opidemij i epizoocyj w całéj Galicyi.

* **Mianowania**. Docent prywatny Dr. Wernich w Berlinie mianowany został radzcą rządowym i lekarskim w Koslinie. — Dr. J. Czarda potwierdzony został jako docent chorób usznych i nosowych w Wydziale lek. czeskim w Pradze.

* **Wiadomości osobowe**. Stopnie doktorów w. nauk lekarskich otrzymali w Uniw. Jagiell. pp. Franciszek Gąsiorek z Gawłówka i Zygmunt Smolarski z Oświęcimia. — W Uniw. warszawskim otrzymali stopnie lekarzy pp. Ludwik Rabek i Aleksander Waldenberg.

* **Nekrologija**. W Proszowicach umarł Dr. Leon Rosenzweig, krakowianin i syn znanego dawniéj praktyka krakowskiego, licząc lat 59.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 51: Ausländera: O masażu czyli mięsieniu jako metodzie leczniczéj; Krokiewicza: O niektórych nowszych lekach polecanych przeciw chorobom wewnętrznym (dok.); — w *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 51 poświęcony jubileuszowi prof. Hoyera, zawiera życiorys jego pióra Matlakowskiego i rzecz o nowym mikrotomie do dużych skrawków przez prof. Weigerta z Lipska.

Redakcyja otrzymała.

Dr. Karol SZADEK (w Kijowie): Perwicznyie sifiliticzeskie sklerozy ziewa. (Pierwotne kiłowe stwardnienia migdałków). Kijów 1884, in 8vo str. 41.

Piśmiennictwo lekarskie. BESSER L. Experim. Beitrag zur Kenntniss d. Ruhr. gr. 8. Dorpat, Schnackenburg. M. 1.20.

BIELSKI St. Ueber reine Halluciationen im Gebiete des Gesichtssinnes im Dunkelzimmer der Augenkranken. gr. 8. Dorpat, Schnackenburg. M. — 90.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Dla użytku lekarzy i studentów medycyny wydane zostały i znajdują się w handlu:

J. COHNHEIMA: *Odczyty z patologii ogólnéj.*

Przekład z 2go przerobionego wydania z 1882 r. **Trzy tomy**. T. I str. 608. T. II str. 262. T. III str. 340.—Spis alfabetyczny str. 20. — Ogółem **76½ arkuszy** druku. — **Cena 5 rs.**

S. JACCOUD: *Wykład patologii szczegółowéj.*

Przekład z 7go wydania z r. 1883 Dzieło ozdobione drzeworytami i tablicami chromolitograficznemi. **Trzy tomy.** T. I str. 928. T. II str. 984. T. III str. 961.—Ogółem **185 arkuszy** druku. **Cena rs. 13.**

Skład główny w księgarni Gebethnera i Wolffa.

Prof. C. Bazzoni z Medyjolanu pisze:

„Po powtórnie podjętych rozbiorach wody gorzkiéj Franciszka Józefa i po równoczesnych licznych doświadczeniach na wielkiéj liczbie chorych, przekonałem się, że woda gorzka Franciszka Józefa zawiera tyle czynnych składników, że należy się jéj pierwszeństwo przed wszelkiemi znanemi mi dotąd wodami tego gatunku.

Medyjolan 10 Listopada 1883.

Prof. Kaw. C. Bazzoni
Docent praktycznéj chemii.

W zapasie w składach wód mineralnych.

FRANCISZKA JÓZEFA
WODA GORZKA

Broszury przesyła Dyrekcyja rozsełki w Budapeszcie.

Radykalne leczenie suchot płucnych i chorób przewlekłych narzędzi oddechowych

OLÉJ z KREOZOTEM

WINO z KREOZOTEM



MIĘKKIE KAPSUŁKI
Bourgeaud'a
z **DOBOROWYM KREOZOTEM**
(z mazi Bukowéj) i z **Olejem rybim.**

Wyłącznie wynadgrodzone na Wystawie powszechnej w 1878

BOURGEAUD, Aptekarz I Klasy; dostawca szpitali paryzkich. W Paryżu, 20, Rue Rambuteau, 20.

Kapsułki nasze (Wino i Olej) Kreozotowe, które próbowali i używają w szpitalach paryzkich Doktorowie i Profesorowie Bouchard, Vulpian, Potain, Bouchut i inni, dały takie znakomite rezultaty, w leczeniu *chorób piersiowych, Oskrzeli, Kaszlu, Chrypki* i. t. p. że największe powagi lekarskie we Francyi i Zagranicą, tylko takowe zapisują. Prosimy czytać prospekt.

Dla gwarancyi każde pudełko i każda flaszka opatrzone są sygnaturą z medalami i podpisem BOURGEAUD, Ex-Ph. des Hôpitaux de Paris.

Cena pudełka 4 Frk. — Flaszki wina lub oleju 5 Frk. — Najlepsze Wino krzepiące z Chiną i z Kakao na Maładze jest **Wino Jean Bourgeaud.** Flaszka 4 Frk.
We Lwowie w aptekach P. P. Mikolascha i Krzyżanowskiego w Krakowie. W aptekach P. P. Trauczyńskiego, Redyka i Wiszniewskiego.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcl a.

BIBLIOTHECA UNIV. JAGELL. CRACOVIENSIS